

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 69

DE LA PRODUCTION

DE

NOUVEAUX ADÉNOMES PROSTATIQUES APRÈS PROSTATECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 décembre 1931

PAR

Henri-Jean MORAN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à **BREST (Finistère)**, le 24 juillet 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 69

DE LA PRODUCTION

DE

NOUVEAUX ADÉNOMES PROSTATIQUES

APRÈS PROSTATECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 décembre 1931

PAR

Henri-Jean MORAN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né a BREST (Finistère), le 24 juillet 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé... ..	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui nous devons notre situation
tout entière.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR AUGUSTE MORAN

*Membre de l'Association française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MES SOEURS

A MES BEAUX-FRERES

LE CAPITAINE DE CORVETTE J. CHRETIENNE

Chevalier de la Légion d'honneur.

ET

L'INTENDANT COMMANDANT H. FERSING

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MA TANTE

MADAME AUGUSTE MORAN

AUX MIENS ET A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ORAISON

*Ancien chef-adjoint de clinique chirurgicale,
Ancien aide de clinique à la Faculté de Bordeaux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESQUEYROUX

Médecin des Hôpitaux de Bordeaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAILLE

*Ancien Moniteur d'Urologie à l'Hôpital Necker,
Chirurgien urologiste de l'Hôpital du Raincy,
Assistant urologiste du Service chirurgical
de l'Hôpital du Perpétuel-Secours à Levallois-Perret.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

Chef de Clinique du Service des voies génito-urinaires à Bordeaux.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider notre thèse.

DE LA PRODUCTION

DE

NOUVEAUX ADÉNOMES PROSTATIQUES

APRÈS PROSTATECTOMIE

AVANT-PROPOS

Nous n'eûmes à coup sûr pas écrit cet avant-propos, où, d'habitude et classiquement, l'auteur de l'ouvrage exhale, et d'une part « son sentiment de tristesse en jetant un coup d'œil en arrière », et d'autre part « sa joie d'arriver au terme de ses études médicales », estimant que ces considérations n'ont sensiblement rien à faire à l'horizon du classique « premier ouvrage médical », si des circonstances spéciales ne nous avaient permis de le traiter d'une façon toute particulière.

L'idée de notre thèse naquit d'une façon sans doute un peu vague, mais néanmoins nous fit prendre un certain intérêt sur le sujet qui en fait l'objet à l'occasion du XXIX^e Congrès de l'Association française d'Urologie à Paris, où, étudiant de 3^e année, nous emmena, en octobre 1929, notre oncle, le Docteur Auguste Moran, membre titulaire de cette association. Nous assistâmes, perdu dans un coin d'une salle

de la Faculté de médecine où étaient réunis tant d'éminents urologues, à une vive discussion au sujet des « récidives vraies d'adénomes de la prostate », où entrèrent en lice MM. Chevassu, Oraison, Duvergey, Papin, Gayet et Le Fur. La défense énergique du Docteur Chevassu contre l'opinion quasi générale de ses confrères nous fit déjà, à ce moment, nous intéresser à cette question. Aussi, lorsque nous demandâmes à notre excellent ami et conseiller le Docteur J. Oraison un sujet de thèse qui l'intéressât et qu'il nous fit l'honneur de nous proposer, entre autres, comme point de départ, un rapport d'une observation de « récidive vraie d'adénome de la prostate », dont il fit part à ce XXIX^e Congrès de l'Association française d'Urologie, acceptâmes-nous d'enthousiasme. Nous allâmes immédiatement chez M. le Professeur Duvergey, qui nous fit le grand honneur de bien vouloir présider à notre thèse, en nous demandant toutefois de changer notre titre, que nous voulions être le même que celui du rapport du Docteur J. Oraison au XXIX^e Congrès de l'Association française d'Urologie, et en nous expliquant très aimablement que le terme de « récidive vraie » pouvait prêter à confusion et n'était classiquement pas applicable à l'apparition d'une nouvelle tumeur bénigne, ce terme étant réservé aux tumeurs malignes. Nous changeâmes donc notre titre, le soumîmes à M. le Professeur Duvergey, qui voulut bien l'accepter : c'est le titre actuel de notre thèse.

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à M. le Docteur Blanc, chef de clinique des voies génito-urinaires à Bordeaux (Service de M. le Professeur Duvergey), qui nous reçut fort aimablement chez lui, nous proposa une observation typique du Service de M. le Professeur Duvergey et nous fit l'honneur de nous exprimer son opinion sur la question qui nous intéresse.

Toute notre gratitude va aussi à M. le Docteur Maille (de Paris), ancien moniteur d'urologie à Necker, chirurgien urologiste de l'Hôpital du Raincy, qui nous fit l'honneur de nous envoyer son rapport sur « un cas de récidive vraie

d'adénome de la prostate », qu'il a présenté en octobre 1931 au XXXI^e Congrès de l'Association française d'Urologie, et qui eut l'amabilité de nous envoyer en plus une bibliographie sur notre question qui compléta celle que nous avions déjà acquise.

Qu'il nous soit enfin permis ici de remercier du grand honneur qu'ils nous ont fait M. le Professeur Duvergey et M. le Docteur J. Oraison.

INTRODUCTION

A. — Situation du problème.

Il nous a semblé, en manière d'introduction, nécessaire de présenter et de localiser au lecteur le problème de la production de nouveaux adénomes prostatiques après prostatectomie tel que nous l'entendons.

Nous ne discuterons pas ici les arguments que l'on s'empressera d'opposer à notre thèse; ils seront discutés en plein sujet. (Voir chapitre III, première partie.)

Il est bien entendu que nous considérons un prostatique déjà opéré correctement; le premier adénome vérifié histologiquement étant enlevé en bloc, urètre compris, les glandes péri-urétrales ayant par conséquent disparu, aucun lobule adénomateux n'étant oublié, la « loge » de l'adénome minutieusement nettoyée. Il ne reste plus, par conséquent, que la capsule formée par la prostate refoulée et l'urètre qui fait suite à la partie sectionnée à l'ongle et enlevée avec l'adénome.

Ce prostatique, guéri complètement, revient voir son urologue six à sept ans après, présentant cliniquement tous les signes classiques de prostatisme; le toucher rectal révèle une tumeur à caractère d'adénome, la cystoscopie est positive à ce point de vue. On le réopère et l'on trouve un nouvel adénome total que l'on enlève par l'opération de Freyer; examen histologique positif.

Cette tumeur, qui ne peut s'être développée aux dépens

des glandes péri-urétrales et qui ne peut être la continuation d'un adénome totalement enlevé, ne peut être qu'un nouvel adénome qui s'est développé aux dépens des glandes de la capsule qui représente, après une prostatectomie, la prostate primitive qui, lors du premier adénome, a été refoulée et tassée excentriquement. Nous essayerons, par conséquent, de démontrer que, contrairement à la théorie classique de Motz et Péréarnau, l'adénome prostatique ne naît pas nécessairement et uniquement aux dépens des glandes périurétrales, mais peut parfaitement tirer son origine des glandes prostatiques elles-mêmes.

Chevassu n'a-t-il pas dit d'ailleurs : « Le paradoxe de « l'hypertrophie prostatique » indépendante de la prostate est ainsi devenu (depuis la théorie de Motz et Péréarnau) tout à fait à la mode, et l'esprit français, naturellement frondeur, semble avoir été bien vite séduit par cette théorie éminemment paradoxale. »

B. — Historique.

Nous ne rappellerons ici que les grandes lignes de l'histoire de la question.

a) En 1902, MM. Albarran et Motz, dans une communication intitulée : *Contribution à l'étude de l'anatomie macroscopique de la prostate hypertrophiée* (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, p. 769-817), démontrent :

1° Que l'hypertrophie prostatique est formée par une agglomération d'adénomes;

2° Que les corps sphéroïdes néoplasiques refoulent, soit entre eux, soit à la périphérie, le tissu glandulaire prostatique : « le refoulement du tissu glandulaire au-dessous de la capsule vraie peut permettre de créer artificiellement, dans certains cas, une fausse capsule prostatique... sous laquelle on pourra poursuivre un décollement facile... Croyant ne laisser que la capsule prostatique, l'opérateur laissera, en réalité, une partie plus ou moins considérable de la prostate »;

3° Que les glandes urétrales peuvent être reconnaissables dans les hypertrophies prostatiques banales soit sur la ligne médiane, soit sous le veru montanum, tantôt dilatées et déformées, tantôt adénomateuses. Même dans ce dernier cas, Albarran et Motz ne voient dans l'adénome qui atteint les glandes urétrales qu'un cas singulier des altérations adénomateuses plus ou moins généralisées au reste de la même prostate.

« J'ai tenu à rappeler textuellement, nous dit M. Chevassu (*Origine anatomique de l'hypertrophie prostatique*, in *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, nov. 1914), certains points de la description d'Albarran et Motz, car elle me semble parfaite. Je n'ai pas d'autres idées que les leurs sur l'origine de l'hypertrophie de la prostate. »

b) Seulement, depuis et à la suite de l'opération de Freyer, il y a eu une véritable révolution anatomique et anatomo-pathologique de la question. Des hypothèses nouvelles ont complètement déformé la description de 1902 d'Albarran et Motz.

c) En effet, en 1905, Motz et Péréarnau lancent une nouvelle et audacieuse théorie. Ils affirment que : « l'hypertrophie de la prostate se produit seulement aux dépens des glandes centrales para-urétrales et du stroma qui les entoure; la prostate proprement dite ne prend aucune part à la formation des masses néoplasiques ».

« Or, nous dit M. Chevassu, c'est ici que les malentendus commencent. Les « glandes centrales » de Motz et Péréarnau ne sont plus du tout la même chose que les « glandes centrales » d'Albarran. Près du col vésical, disent Motz et Péréarnau, on trouve deux agglomérations de glandes centrales qui jouent un rôle très important au point de vue de la formation du lobe médian. Il existe d'abord un groupe de culs-de-sac glandulaires dans la muqueuse du col vésical, décrit par M. Albarran sous le nom de glandes sous-cervicales, et un autre groupe beaucoup plus important, qui est séparé du premier par les muscles du col. On voit souvent, au milieu

de ce groupe préspermatique, des agglomérations ayant la forme de corps sphéroïdes... »

« Or, lorsque Motz et Péréarnau rangent le groupe préspermatique parmi les glandes centrales, ils font une erreur absolue contre laquelle pourtant Albarran et Motz les avaient prémunis dans leur article de 1902 : « plus profondément et séparées des glandes sous-cervicales par la couche musculaire de la vessie, qui se termine à ce niveau, sont les glandes qui constituent la portion préspermatique de la prostate. Elles font partie intégrante de la prostate. » (Albarran et Motz, p. 802.)

« Du moins Motz et Péréarnau, en ayant ainsi baptisé « glande centrale » une partie de la prostate dans laquelle ils ont vu naître des adénomes, donnent-ils une preuve quelconque à l'appui de leur théorie très exclusive? Aucune; ils la considèrent d'emblée comme démontrée. Ils se contentent d'insister sur ce fait « qu'en retirant par voie hypogastrique » des masses globulaires ayant la forme de la prostate et » comprenant l'urètre, on enlève seulement les masses centrales néoformées et que la glande prostatique reste presque intacte ». Ces masses centrales proviennent-elles vraiment des glandes juxta-urétrales? La glande prostatique refoulée et presque intacte représente-t-elle vraiment la totalité de la prostate? Les auteurs restent muets sur ces points pourtant essentiels. Il s'ensuit que leur affirmation de l'origine centrale para-urétrale de « l'hypertrophie prostatique » est purement spéculative; elle ne repose même pas sur une apparence de preuve. » (M. Chevassu.)

d) En 1910, Marquis (de Rennes) se demande « si l'hypertrophie de la prostate n'a rien de commun avec les glandes de ce nom? » Il essaye de démontrer que cette affirmation est exacte, mais est obligé de conclure d'une manière très modérée.

e) Le 22 février 1911, M. Hartmann présente à la Société de chirurgie un rapport sur un travail de Cunéo intitulé : *Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique* (adéno-myome péri-urétral), et conclut :

D'abord, que les lésions de la maladie dite « hypertrophie prostatique » sont nécessairement limitées à une portion de la glande.

Ensuite, que les masses néoformées ne peuvent se développer qu'aux dépens des glandes péri-urétrales.

Si la première de ces deux conclusions est adoptée, la seconde, par contre, est loin d'être considérée, par de nombreux urologues, comme démontrée.

f) En 1914, a lieu à Londres le II^e Congrès de l'Association internationale d'Urologie, où l'une des trois questions discutées est *Remote results of prostatectomy*, avec les rapporteurs suivants : Docteur Hugh Young, Docteur Robert Proust, Docteur D. Gonzalès, Docteur O. Zuckerkandl; la question récidive et « récidive vraie » d'adénome prostatique est envisagée par de nombreux auteurs; les avis divergent complètement.

g) En cette même année 1914, M. le Professeur agrégé Maurice Chevassu (de Paris) présente, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, un remarquable travail intitulé : *Origine anatomique de l'hypertrophie prostatique*, où il fait un vigoureux retour en arrière contre les idées et la théorie de Motz et Péréarnau; il démontre point par point, en reprenant tous les arguments que l'on a pu lui opposer, que l'hypertrophie prostatique développée aux dépens des glandes de la prostate elle-même n'est pas un mythe, mais bien une réalité. Nous avons d'ailleurs puisé largement pour notre thèse dans les arguments magistraux que nous présente cet éminent auteur.

h) L'année suivante, le 13 septembre 1912, M. E. Loumeau (de Bordeaux) présente, dans la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux* (voir bibliographie), un travail intitulé : *Sur la réapparition de l'hypertrophie prostatique après prostatectomie*, où il présente deux cas de réapparition d'adénomes et ajoute :

« Du reste, ainsi que je le disais en commençant, pourquoi des tumeurs, même bénignes comme dans les cas actuels, ne frapperaient-elles pas successivement les diverses parties de cet important département glandulaire, situé

à la jonction du col vésical avec l'urètre profond et dont l'envahissement néoplasique total ou partiel peut tour à tour donner lieu soit à une hypertrophie en masse, soit à une hypertrophie unilatérale, soit à cette hypertrophie médiane vulgairement désignée sous le nom d'hypertrophie du lobe médian? Rien, évidemment, ne saurait combattre la légitimité d'une pareille hypothèse aussi rationnelle que l'éventualité absolument inverse des malades ayant leur adénome prostatique uniquement limité à l'hypertrophie, soit d'un lobe latéral, soit du lobe médian, et pouvant demeurer pour toujours guéris après ablation de l'unique globe atteint. » Il en conclut « la possibilité exceptionnelle à coup sûr, mais réelle, de voir l'hypertrophie prostatique réapparaître chez un même sujet, après une prostatectomie complète (en bloc, urètre avec), aussi complète, du moins, qu'elle peut cliniquement nous le paraître pour hypertrophie purement adénomateuse ou fibro-myomateuse. »

i) En 1920, a lieu le XX^e Congrès de l'Association française d'Urologie, à Paris, où, sur un rapport de M. le Professeur Pousson, la question est envisagée et âprement discutée; les avis divergent de plus en plus.

j) A Paris, en 1929, se tient le XXIX^e Congrès de cette même association. M. le Docteur J. Oraison (de Bordeaux) présente un cas de « récurrence vraie d'adénome de la prostate », et la discussion reprend; les avis divergent toujours.

k) Enfin, tout dernièrement, au XXXI^e Congrès de l'Association française d'Urologie, qui vient d'avoir lieu en octobre dernier, à Paris, M. le Docteur Maille (de Paris) présente, lui aussi, « un cas de récurrence vraie d'adénome prostatique ». Discussion importante sans plus de résultats.

l) En conclusion de cet historique, à l'heure actuelle, il existe deux clans bien distincts :

- 1^o ceux qui pensent à la possibilité d'une récurrence vraie d'adénome prostatique;
- 2^o ceux qui la nient.

Il existe en plus un clan intermédiaire où l'on trouve des auteurs qui hésitent entre les deux opinions extrêmes.

C. — Classification des principaux auteurs qui se sont occupés de cette question.

a) Ceux qui pensent à la réalité de la « récidence vraie ». (Nous citons au hasard des opinions certaines) :

MM. Victor Blum, Loumeau, Pousson, Noguès, Bazy, Marion (qui a évolué depuis 1911 à ce point de vue), Chevassu (le grand défenseur de la théorie), Oraison, Le Fur, Maille, Blanc, Moran (A.), Akira Takahashi...

b) Ceux qui la nient :

MM. Escat, M. Dellet, André, Legueu, Duvergey, Motz, Péréarnau, Albarran, Marquis, Cunéo, Proust, Hartmann, English, O. Zuckkandl, Tandler, Kolischer, P. Delbet, Gayet, Hogge...

c) Ceux qui sont conciliants :

MM. Papin, O. Pasteau...

Nous citons, en partie, l'opinion qu'a émise en 1920, au XX^e Congrès de l'Association française d'Urologie à Paris, M. O. Pasteau, afin uniquement de démontrer que, s'il tient à rester conciliant, il a tout de même tendance à abonder dans nos opinions :

« Je ne reviendrai pas sur la question de récidives, c'est un fait rare évidemment, et personnellement, je ne l'ai pas observé à la suite de mes opérations. Mais il ne me paraît pas raisonnable d'en nier la possibilité puisque notre intervention dite prostatectomie n'enlève pas la glande à proprement parler, mais seulement des adénomes prostatiques, et que le développement d'autres adénomes peut se faire en dehors des glandes sous-urétrales extirpées. »

II

PRESENTATION DE 12 OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance du Docteur J. ORAISON, de Bordeaux; rapport présenté au XXIX^e Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1929.)

Il s'agit d'un malade âgé de 74 ans, M. P..., qui, prostatectomisé il y a onze ans par mon maître, le Professeur Pousson, s'est très bien porté et a complètement vidé sa vessie jusqu'à il y a un peu plus d'un an.

A ce moment, en janvier 1928, il fit, sans douleur et sans fréquence, une hématurie spontanée abondante, à type total, qui s'est arrêtée rapidement, mais qui s'est reproduite plusieurs fois depuis avec moins d'intensité.

Une nouvelle hématurie, beaucoup plus sérieuse, survint dans les mêmes conditions, le 15 mars 1929. Le malade, déjà tourmenté par de la fréquence, surtout nocturne, avec dysurie depuis un certain temps, vient me voir, en rétention complète, avec un globe vésical remontant à l'ombilic. Le cathétérisme, très difficile, permet d'évacuer, après un bon litre d'urine, une grosse quantité de caillots. La sonde est laissée à demeure, et le malade absorbe des hémostatiques. Malgré tout, l'hématurie continue, abondante, pendant dix jours.

La cystoscopie pratiquée à ce moment montre deux lobes latéraux volumineux, limitant une tranchée médiane inférieure et présentant des bourgeons charnus, source de l'hémorragie. Il existe également quelques bourgeons au niveau du bas-fond, qui

me font penser à un néoplasme vésico-prostatique. Une fois le sang arrêté, je mesure le résidu, qui est de 350 grammes. L'azotémie est à 0,42. Etat général bon. Le toucher rectal montre une grosse saillie prostatique lisse, régulière, rénitente.

Je décide de rouvrir la vessie et, éventuellement, de traiter le néoplasme soupçonné. Je tombe sur un véritable col utérin bourgeonnant, saillant de 4 centimètres au moins dans la vessie, avec une encoche au niveau de la lèvre postérieure. Il coule du sang en nappe par l'orifice central. Les bourgeons du bas-fond paraissent insignifiants et de nature inflammatoire.

Le médecin du malade, qui assiste à l'opération, m'affirme que, la première fois, il y a onze ans, on a enlevé *en un seul bloc* un adénome du volume d'une pêche moyenne, traversé par l'urètre, qui avait suivi.

Malgré l'opinion de la très grande majorité des auteurs, je transforme mon premier diagnostic en celui de *récidive d'adénome* et je pratique séance tenante la prostatectomie, d'ailleurs facile.

J'enlève en un seul bloc également un adénome du volume d'une mandarine. Peu de saignement. Le 24 mai, vingt-huit jours après l'opération, le malade quittait la maison de santé complètement guéri, vidant intégralement sa vessie. Je l'ai revu plusieurs fois depuis : il continue à très bien se porter et n'a plus saigné.

L'examen histologique de la pièce exclut toute idée de néoplasme et confirme l'existence d'un *adénome banal*. On ne trouve nulle part trace de fibres musculaires.

Le Professeur Pousson, à qui j'ai signalé le cas, m'a, lui aussi, affirmé la correction parfaite de la première intervention. Il m'a encouragé à publier l'observation en raison même de sa rareté et des considérations pathogéniques auxquelles elle est susceptible de donner lieu.

(Voyant le Docteur Oraison, le 28 novembre 1931, il m'a autorisé à dire qu'ayant tout dernièrement revu ce malade, c'est-à-dire deux ans et demi après sa seconde prostatectomie, celui-ci continuait à très bien se porter, vidant sa vessie intégralement.)

N. B. — La seconde hypertrophie de ce malade était totale.

OBSERVATION II.

(Cas d'un malade opéré par M. ALBARRAN en 1906, rapporté par le Docteur NOGUÈS au Congrès international de Londres, 1911, et au XX^e Congrès de l'Association française d'urologie, à Paris, 1920.)

Il s'agit d'un malade opéré par M. Albarran en 1906 par une prostatectomie périnéale d'une hypertrophie saillante dans le rectum, mais surtout dans la vessie, qui, après un résultat excellent, vit petit à petit la rétention réapparaître au point de nécessiter la reprise du cathétérisme et dut être réopéré quatre ans après par la prostatectomie sus-pubienne. Cette deuxième opération permit d'enlever un lobe du volume d'une grosse noix qui pesait une vingtaine de grammes.

En 1920, au XX^e Congrès de l'Association française d'Urologie à Paris, M. Noguès revenait sur l'observation de son malade en ces termes : « Pendant neuf ans, il a vidé sa vessie, mais, il y a trois ou quatre mois, le malade est venu me consulter à nouveau et j'ai constaté avec étonnement qu'il était rétentionniste complet. Il se sonde quatre ou cinq fois par jour, facilement d'ailleurs, ce qui exclut toute idée d'oblitération cicatricielle ou néoplasique de son urètre, mais il ne peut se passer de la sonde.

» Par le toucher rectal on trouve une masse qui est assez facile à délimiter à cause de l'acte chirurgical dont cette région a été le siège, mais qui me donne nettement l'impression d'une masse néoplasique; aussi avais-je pensé à la possibilité d'une troisième intervention, mais le malade n'a pas voulu en entendre parler, et comme, d'autre part, il a près de 80 ans, qu'il est fortement emphysémateux, qu'il a un myocarde de qualité douteuse, je n'ai pas cru devoir insister. »

Pour nous résumer, voilà un homme qui, dans l'espace de quatorze ans (1906-1920), a subi deux prostatectomies et qui est cependant rétentionniste complet en 1920. Sans doute, il a retiré un bénéfice beaucoup plus long de la seconde opération que de la pre-

mière, mais la rétention s'est tout de même réinstallée complète avec tout son cortège.

« Dans le cas que je viens de citer, dit M. Noguès, je croirais volontiers à une régénération de l'adénome aux dépens, non plus des glandes sous-urétrales, puisqu'elles ont été enlevées, mais aux dépens des glandes périphériques contenues dans la capsule. »

OBSERVATION III.

(Cas d'un malade de M. BAZY, cité par M. le Professeur Pousson au XX^e Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1920.)

Un homme de 69 ans est opéré par M. Bazy, d'urgence, en raison d'une hémorragie, d'une prostatectomie périnéale au cours de laquelle on enlève deux adénomes pesant ensemble 95 grammes. Toute la tumeur avait été enlevée, autant que l'opérateur put en juger; cependant, le résultat fonctionnel fut nul. Trois ans après, M. Bazy fit une prostatectomie transvésicale et énucléa deux nouveaux adénomes du poids total de 95 grammes. Plus de rétention. « C'étaient de nouveaux adénomes qui s'étaient développés depuis la première opération, de cela je suis certain, dit M. Bazy. »

OBSERVATION IV.

(M. LE FUR, de Paris; rapport au XXIX^e Congrès de l'Association française d'Urologie, Paris, 1929.)

Il s'agit de lobes nettement médians et même pédiculés. Après une première intervention, la capsule prostatique était restée. L'évolution adénomateuse se manifeste de nouveau au niveau de cette prostate laissée en place. Les accidents prostatiques se sont manifestés neuf ans après la première intervention. « Il semble, dit le Docteur Le Fur, qu'il s'agit bien ici d'une « vraie récurrence d'adénome prostatique. »

OBSERVATION V.

(M. LE FUR, de Paris; rapport au XXIX^e Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1929.)

Dans ce cas, j'ai pratiqué la prostatectomie totale; le malade, qui présentait un gros résidu vésical de 400 à 500 grammes, a continué pendant quatre ans à vider complètement sa vessie après l'opération. Puis il fut repris d'accidents prostatiques avec rétention, et je dus lui faire une nouvelle prostatectomie. Il s'agit, pour moi, dans ce cas, d'une récurrence adénomateuse vraie certaine.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance du Docteur MAILLE, de Paris; rapport au XXXI^e Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1931.)

En novembre dernier, m'était envoyé en consultation par son médecin, un grand bel homme de 70 ans, ne portant pas son âge, et qui souffrait depuis plusieurs mois de pollakiurie avec urines troubles.

Il avait été opéré en 1920 de prostatectomie en un temps par un chirurgien des hôpitaux de Paris, aujourd'hui décédé. Le chirurgien lui avait enlevé, en même temps que son adénome, un semis de petits calculs logés dans son bas-fond vésical. Le malade avait été opéré d'urgence, en pleine infection, et les suites opératoires furent longues, avec de grosses poussées de température. Il lui en resta une éventration de la région de la ligne blanche sur une hauteur de quatre doigts au-dessus du pubis.

Pendant six ans après cette intervention, la fonction urinaire redevenait normale. Le malade a des urines claires, n'urine plus la nuit et normalement le jour.

Vers 1927, les mictions redeviennent petit à petit plus fréquentes. En 1930, elles redeviennent troubles, et c'est toutes les demi-heures, jour et nuit, que le malade est obligé d'uriner lorsqu'il vient me voir.

Au toucher rectal, la loge prostatique est souple et ne bombe pas dans le rectum. Par contre, on retire à la sonde environ 200 grammes d'urines troubles. Le malade urine donc par regorgement : mise en place d'une sonde à demeure; désinfection journalière de la vessie, au protargol d'abord, au nitrate d'argent ensuite. Au bout d'un mois, j'obtenais des urines claires, mais il restait encore un résidu vésical de 150 grammes. Je pus, à ce moment, faire une cystoscopie qui me montra un col vésical normal à ses parties supérieures et latérales, mais présentant à sa partie inférieure un éperon dont il m'était impossible de voir la pointe, même en enfonçant le cystoscope au maximum.

Le malade, ayant une bonne azotémie et une bonne constante, je l'opérai le 22 décembre dernier. Après dissection et ablation du paquet cellulo-adipeux qui matelassait l'éventration, après mise à nu des bords internes des droits en vue de la suture, je trouvai à l'ouverture de la vessie un gros adénome presque complètement extériorisé dans la vessie, et dont la base d'implantation est située sur le bord inférieur du col. Cet adénome, un peu en gouttière, coiffait la sonde à la manière d'un capuchon.

L'énucléation en fut facile, ainsi que d'un très petit noyau adénomateux, bien plus petit qu'un noyau de cerise, que l'on sentait dans la région d'implantation, après ablation du gros adénome. Suites opératoires très normales, apyrétiques, et fermeture de la vessie vers le vingtième jour.

OBSERVATION VII.

(M. E. LOUMEAU, de Bordeaux, dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1912, XXXII.)

Il s'agit d'un malade de 79 ans. Présentant des signes d'adénome certain, fut opéré une première fois en 1907, où on lui enleva un adénome.

Revenu voir son chirurgien parce qu'il présentait à nouveau les mêmes signes qu'avant sa première intervention, fut réopéré en 1911, où on lui enleva un adénome moins gros que le premier. Cette

pièce, soumise à un examen microscopique, fut examinée par M. Muratet, qui conclut à un adénome banal.

L'auteur, sûr d'avoir nettoyé par une minutieuse exploration la capsule constituée par la prostate restante, conclut à une « récursive vraie ».

OBSERVATION VIII.

(M. E. LOUMEAU, de Bordeaux, dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1912, XXXII.)

Ce malade, âgé de 63 ans, fut opéré une première fois d'une prostatectomie le 16 septembre 1908. Revenu voir son chirurgien, il fut réopéré pour adénome de la prostate le 1^{er} février 1911. Le premier adénome (intervention de 1908) avait été enlevé en bloc, avec l'urètre; le second fut difficile à énucléer. M. Loumeau en sortit par morcellement cinq petits adénomes, des calculs phosphatiques. Guérison longue. Laparocèle hypogastrique fistuleuse. (A noter que le groupe des cinq adénomes enlevés en 1911 se trouvait tout autour du col vésical.)

OBSERVATION IX.

(Victor BLUM, de Vienne; analysé par M. DORÉ,
Journal d'urologie, 1921.)

Il s'agit d'un malade qui, opéré une première fois de prostatectomie pour adénome, revint voir son chirurgien neuf ans après présentant tous les signes cliniques et cystoscopiques d'un nouvel adénome.

Réopéré. V. Blum lui retira un nouvel adénome dont l'examen histologique fut à ce point de vue positif.

M. V. Blum conclut à la possibilité dans ce cas d'une « récursive vraie d'adénome de la prostate ».

OBSERVATION X.

(Professeur Akira TAKAHASHI, de Nūgata, Japon;
in *Journal d'urologie*, 1927.

J'ai vu pour la première fois le malade lorsqu'il était âgé de 72 ans, en mars 1917. Stature grande, l'état de la nutrition relativement bon, un paysan. Pas d'altérations des organes thoraciques et abdominaux. L'aspect des organes génitaux ne montrait pas d'altérations. En les examinant plus exactement, on trouva une cicatrice opératoire, résultat d'une vasectomie des deux côtés faite deux ans auparavant dans la partie supérieure du scrotum. Les deux testicules semblaient plutôt un peu atrophiés. Par la palpation rectale, je trouvai les deux lobes de la prostate hypertrophiés. Ils avaient la grandeur de lobes sains; leur surface était lisse, élastique, dure; l'urine jaune clair, un peu acide; pas d'albumine. Ce n'est qu'en introduisant après la miction une sonde de Nélaton dans la vessie jusqu'à une profondeur de 30 centimètres que je trouvai à peu près 100 cc. d'urine résiduale. La cystoscopie montrait distinctement une vessie à colonnes au fond de la vessie. Les deux lobes prostatiques ainsi que le lobe médian étaient distinctement hypertrophiés et faisaient une saillie antérieure formant comme une tumeur hémisphérique de la vessie. D'après cette constatation, il était certain que ce malade avait une hypertrophie de la prostate au stade de rétention, sans distension de la vessie. Le résultat de l'examen de l'urine montra que les reins n'avaient pas d'altération fonctionnelle. Le malade fut opéré, à sa demande, selon la méthode de Freyer, sous anesthésie générale au chloroforme-éther. Les glandes prostatiques enlevées avaient un poids de 80 grammes, donc à peu près cinq fois autant que les glandes normales. La suite de l'opération fut extrêmement heureuse, et le malade put quitter la clinique bien portant un mois et demi après l'opération.

Six ans bien comptés, il restait tout à fait sain et faisait son travail. La miction ne se distinguait nullement de celle d'un homme

sain. Mais, dès la mi-juillet 1923, il se plaignit de pression urinaire et de désordres de la miction et revint à ma clinique. A cette époque, il avait déjà dépassé sa soixante-dix-huitième année; son état général, cependant, n'avait guère changé. Mais, à la palpation rectale, on trouva sa prostate (surtout le lobe droit) hypertrophiée (le lobe droit à peu près deux fois autant que celui d'un lobe sain). Le lobe gauche était, il est vrai, plus petit que le droit, mais aussi régénéré, quoique aussitôt après son opération on ne put remarquer absolument rien. L'examen cystoscopique fut une autre cause d'étonnement pour moi, le lobe droit de la prostate faisait saillie en avant dans le col de la vessie comme une tumeur; cela signifiait que les glandes qu'on avait cru, six ans auparavant, complètement énucléées, étaient réapparues. Et, de plus, on pouvait constater un désordre de la miction et d'autres symptômes cliniques d'hypertrophie de la prostate : exactement ce que V. Blum appelle une « récidue vraie ». En traitant le malade à cause de cystite par des lavages de vessie, je lui proposai la réopération. Mais il voulut réfléchir et ne revint pas. Donc, je ne pus faire la réopération pour constater si la dégénération maligne existait ou non. Mais du moins l'examen cystoscopique et le résultat de la palpation rectale me firent supposer que certainement il y avait une hypertrophie de la substance glandulaire et qu'il ne semblait pas s'agir de dégénérescence maligne.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BLANC, chef de clinique du Service des voies génito-urinaires à Bordeaux, avec autorisation de M. le Professeur DUVERGEY.)

L... (François), 68 ans, entre le 29 mars 1928 dans le service pour incontinence d'urines ayant débuté huit jours auparavant.

A été opéré il y a six ans environ d'un adénome prostatique par un urologue parisien, pour lequel il subit une prostatectomie en un temps; a été très amélioré par cette intervention, et les troubles fonctionnels (pollakiurie et dysurie) qu'il présentait antérieu-

rement ont complètement disparu pendant cinq ans et demi environ. Depuis cinq mois, pollakiurie diurne et nocturne avec légère gêne à la miction, devenant de plus en plus importante dans la suite, jusqu'à l'incontinence par regorgement durant depuis huit jours.

Examen à l'entrée. — Globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. Par le cathétérisme urétral, qui est rendu difficile par un rétrécissement du méat, on retire une assez grande quantité d'urines (un litre) claires, non purulentes.

Au toucher rectal, on sent une prostate volumineuse augmentée dans toute son étendue, de surface lisse, de consistance élastique, bien délimitée latéralement; les vésicules ne sont pas perceptibles; état général bon. Urée sanguine, 0,96.

Cystostomie le 31 mars 1928 (Docteur Ramarony). Urée, 0,60.

Prostatectomie le 18 avril 1928 sous rachi (Docteur Ramarony).

Tube de Marion. Exeat guéri le 10 juin 1928.

OBSERVATION XII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BLANC,
avec autorisation de M. le Professeur DUVERGEY.)

L... (Paul), 63 ans, entre dans le service le 31 mai 1929 parce qu'il perd ses urines par une plaie hypogastrique qui s'est faite au niveau d'une ancienne cicatrice de cystostomie. Ce malade, en effet, a été opéré en 1921 par M. le Professeur Pousson d'un adénome prostatique. La cicatrice s'était ouverte, d'ailleurs, six à sept mois après l'intervention; on la referma par quelques crins. Il y a quelques mois environ, le malade eut de la pollakiurie diurne et nocturne. Légère dysurie; une seule hématurie terminale.

Examen. — Plaie hypogastrique suffisante pour qu'on puisse passer une sonde de Pezzet.

Toucher rectal. — Adénome prostatique assez consistant intéressant les deux lobes. Enorme hernie descendant dans toute la région inguino-scrotale du côté droit. Urée, 0,41.

Prostatectomie le 12 juin 1929 par M. le Professeur Duvergey.

Exeat le 15 juillet avec sonde hypogastrique.

Remarque.

MM. André Franck, Lumpert, Hédinger, Pauchet et Hans V. Grégora ont rapporté d'autres observations de récidives vraies d'adénome de la prostate.

Nous regrettons de ne pas pouvoir les citer ici, n'ayant pu réussir à en avoir les références exactes d'une part, et estimant d'autre part que, étant donné la série de nos observations qui envisagent à peu près toutes les circonstances dans lesquelles peuvent se présenter des productions de nouveaux adénomes prostatiques après prostatectomie, il était inutile d'en ajouter d'autres. Ces sept autres observations sont d'ailleurs, d'après ce que nous avons pu en savoir, beaucoup moins typiques que celles que nous présentons.

Quoi qu'il en soit, on remarquera le bien petit nombre d'observations que, malgré tout nos efforts, nous avons réussi à réunir. Nous attirons en plus l'attention du lecteur sur leur valeur respective. Nous discuterons plus loin la nécessité, à l'avenir, d'avoir des observations plus précises, au moins en ce qui concerne la seconde intervention.

III

DISCUSSION DU PROBLEME

Afin de mieux présenter au lecteur la façon dont nous allons discuter le problème, nous allons présenter ici le plan de ce chapitre, cœur du sujet de notre travail :

A. — Dans une première partie, nous allons discuter *les arguments que l'on oppose classiquement à la production de nouveaux adénomes prostatiques nés de la prostate ou, plus exactement, des glandes de la prostate elle-même après prostatectomie*. Ils se réduisent à deux catégories d'arguments, qui ne sont d'ailleurs pas sans valeur, à savoir :

I. — La nouvelle tumeur qui naît après une première prostatectomie *est un cancer*;

II. — La tumeur nouvelle n'est que la *continuation* du premier adénome par oubli de lobules adénomateux dans la capsule, *l'opération primitive ayant été insuffisante*.

B. — Dans la seconde partie, nous discuterons les *arguments qui militent en faveur de notre théorie*. Nous les diviserons de la façon suivante :

I. — *Discussion anatomique* de l'origine de l'hypertrophie dite prostatique (selon M. Chevassu), que nous subdiviserons de la façon suivante :

a) *Critique* des quatre arguments principaux que l'on donne en faveur de la théorie classique de Hotz et Péréarnau.

1° *Critique* du premier argument : « Les canaux éjaculateurs sont indépendants de l'hypertrophie prostatique. »

2° *Critique* du second argument : « L'hypertrophie prostatique est développée en dedans du sphincter. »

3° *Critique* des arguments tirés de ce fait que l'hypertrophie prostatique est entourée d'une capsule formée d'éléments prostatiques refoulés.

4° *Critique* des arguments tirés de l'union de l'hypertrophie prostatique avec la partie initiale de l'urètre :

b) *Démonstration* de l'origine de l'hypertrophie prostatique aux dépens de la prostate elle-même.

II. — *Discussion pathogénique* de la production de nouveaux adénomes de la prostate après prostatectomie.

III. — *Discussion clinique* des signes qui militent en faveur de notre théorie.

A. — Arguments opposés à notre théorie.

DEUX CATÉGORIES D'ARGUMENTS.

I. — Après une prostatéctomie pour adénome prostatique, la nouvelle tumeur prostatique est un *cancer*.

Bien entendu, il n'est pas question ici de récurrence d'un néoplasme déjà diagnostiqué. Si la seconde tumeur que l'on constate chez le malade semble par ses signes cliniques et son évolution rapide (sur laquelle nous insistons) devoir être un néo, ou bien, d'une part, on le constatera à ventre ouvert, ou, si on en doute encore, d'autre part, l'examen histologique de la tumeur nous renseignera immédiatement.

Un premier adénome peut-il subir une dégénérescence maligne ? Bien entendu ; dans ce cas, examen histologique.

Ceci dit, nous écartons de notre sujet la question cancérisation primitive, ou cancérisation secondaire d'un premier adénome prostatique. Nous écartons aussi les poussées inflammatoires surajoutées au cancer (argument important que soutient en particulier M. le Professeur Duvergey) et les cancers à forme carcinose prostatopubienne de Guyon.

II. — La première intervention chirurgicale a été insuffisante.

Elle peut l'être de deux façons :

- a) par conditions anatomiques spéciales;
- b) par technique incorrecte.

a) *Par conditions anatomiques spéciales :*

1° Il existe lors de la première intervention un degré tel de prostatite, de périprostatite et d'adhérences tout autour de l'adénome que l'énucléation de celui-ci est une véritable sculpture. Nous répondrons que ces cas se présentent, bien entendu, mais sont plus rares qu'on ne veut bien le dire. De plus, nous présentons des observations, en particulier celle du Docteur J. Oraison, où l'énucléation fut des plus faciles et bien faite en bloc, urètre avec.

2° L'adénome, dit-on, peut être multiple, et, par conséquent, son énucléation rendue difficile, cas évidemment qui peut se présenter; mais nous dirons encore ici que nous n'envisageons, au moins au point de vue démonstratif, que des adénomes uniques et facilement énucléables.

3° M. le Professeur Duvergey a soutenu la théorie suivante que : un lobe prostatique peut s'hypertrophier et être seul énucléé, le second lobe, ou le lobe médian, s'hypertrophiant par la suite et étant enlevé au cours d'une seconde opération, ce qui tend à faire dire au chirurgien que c'est une récidive.

La chose est possible, mais est assez rare; et, de plus, nous n'envisageons ici que des prostatectomies complètes, et non ce genre de cas un peu spécial.

4° On a aussi dit que des calculs prostatiques pouvaient gêner l'intervention. Nous nous bornerons à faire remarquer que, dans la plupart des observations que nous citons, il n'y avait pas de calculs prostatiques, du moins à notre connaissance; d'autre part, s'ils avaient existé, les auteurs en auraient certainement fait mention.

5° Il peut se trouver lors de la première intervention un semis de minuscules adénomes prostatiques, ce que l'on a

appelé « les prostatiques sans prostate ». Nous n'envisagerons pas ces cas ici.

6° On a enfin prétendu que, si l'on faisait la première prostatectomie en deux temps et si on laissait entre les deux temps (cystostomie, adénomectomie) un laps de temps trop important, on arriverait à trouver de grosses difficultés dans la recherche du plan de clivage pour effectuer la deuxième partie de l'intervention. Cet argument n'est pas sans valeur, mais, à moins de nécessité (infection), il est inutile de laisser écouler un intervalle prolongé, puisqu'on en connaît les inconvénients.

b) *L'opération est insuffisante par suite d'une technique incorrecte.* — A la suite d'une prostatectomie mal faite, après un nettoyage insuffisant de la loge de la capsule prostatique, l'opérateur a oublié de petits lobules adénomateux, qui continuent à se développer, créant ainsi au bout d'un certain temps une nouvelle hypertrophie prostatique. Par conséquent, ce sont des restes du premier adénome qui continuent à évoluer, et non un nouvel adénome qui naît et prolifère pour son propre compte. Nous écartons cette possibilité, que l'on rencontre assez fréquemment. Il s'agit ici de « pseudo-récidives », comme l'a démontré M. Chomereau-Lamotte, sur les conseils de M. le Professeur Duvergey, dans sa thèse, en 1927. Le Docteur Chomereau-Lamotte concluait d'ailleurs que les récidives vraies n'existaient pas, qu'il n'y avait que des « pseudo-récidives ». Nous ne voulons pas nier l'évidence : les pseudo-récidives existent bien. Néanmoins, nous essayerons un peu plus loin de démontrer que cela n'empêche en rien l'existence rare, il faut l'avouer, de ce que l'on appelle couramment « récidue vraie ».

Il peut enfin exister des erreurs de diagnostic en ce qui concerne la production de nouveaux adénomes prostatiques. Ces erreurs sont facilement vérifiables. Elles sont dues :

1° à des kystes prostatiques;

2° à la régénération du tissu et des glandes prostatiques sans la moindre trace d'adénome.

B. -- Arguments qui militent en faveur de notre théorie.

La production de nouveaux adénomes de la prostate après prostatectomie est-elle donc possible? Nous allons essayer de le démontrer anatomiquement, pathogéniquement et cliniquement.

I. — DISCUSSION ANATOMIQUE DE L'ORIGINE DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE.

Les arguments que nous allons présenter ici nous ont été inspirés par un travail fait en 1911 par M. le Professeur agrégé Chevassu (de Paris) intitulé : *L'origine anatomique de l'hypertrophie de la prostate.* -

a) On peut réduire les arguments en faveur de la théorie juxta-urétrale de l'adénome de la prostate préconisée par MM. Motz et Péréarnau, au nombre de quatre. Nous allons les discuter successivement :

1° *Critique du premier argument.* — « Les canaux éjaculateurs sont indépendants de l'hypertrophie prostatique. »

M. Chevassu explique et démontre que les canaux éjaculateurs, à part les rares cas où l'adénome se développe au niveau même de la commissure rétrospérmatique, qui représente une infime portion de la prostate, restent d'habitude en arrière de l'hypertrophie prostatique. Il ajoute « que les dispositions actuellement connues sont telles qu'on peut expliquer facilement sans recourir à l'hypothèse juxta-urétrale l'indépendance habituelle des canaux éjaculateurs et de l'hypertrophie prostatique ».

2° *Critique du deuxième argument.* — « L'hypertrophie prostatique est développée en dedans du sphincter. »

C'est l'argument essentiel de MM. Motz, Péréarnau, Marquis, Cunéo, etc.

M. Chevassu prouve au microscope que : « Les fibres musculaires circulaires (du sphincter lisse) ne s'en rencontrent

pas moins jusqu'à la périphérie de la prostate; elles constituent le stroma essentiel de la glande, à tel point que la prostate doit être considérée comme une glande infiltrée tout entière entre les fibres d'un vaste sphincter. Témoin la coloration de la prostate au liquide de Van Gieson, qui prouve que le stroma prostatique est presque entièrement musculaire. »

M. Marion affirme que: « Sur des masses soi-disant prostatiques enlevées alors qu'elles sont très peu développées, il est possible de constater l'existence du sphincter autour des adénomes. » M. Chevassu ne nie pas, de toute évidence, que des adénomes peuvent naître aux dépens des glandes juxta-urétrales, mais nie qu'on puisse démontrer que les adénomes ne peuvent naître que de là; et ceci à propos de la présentation par M. le Professeur agrégé Marion (*Zeitschrift für urologie* et Congrès français d'urologie) d'une coupe d'une pièce sur laquelle il s'appuie pour démontrer que les adénomes prostatiques naissent en dedans du sphincter lisse.

M. Chevassu a lui-même présenté une pièce où l'on constate des adénomes en dedans du sphincter et, où, loin de l'urètre dans le reste de la prostate, on retrouve d'autres adénomes.

« Chaque noyau d'adénome, nous dit M. Chevassu, se trouve ainsi entouré plus ou moins régulièrement par un véritable sphincter. Je ne me permettrai pas d'en décorer aucun du nom de sphincter lisse. »

Il ajoute : « Je suis pour ma part persuadé que les éléments musculaires refoulés par les adénomes prostatiques représentent tout simplement le refoulement par une tumeur à développement excentrique du stroma musculaire des zones de la prostate les plus proches de celles dans lesquelles la tumeur a pris naissance. »

3° *Critique des arguments tirés de ce fait que l'hypertrophie prostatique est entourée d'une capsule formée d'éléments prostatiques refoulés.* — M. Chevassu prouve qu'il existe dans la coque prostatique refoulée des adénomes (présentation

d'une pièce personnelle). Il présente ensuite une capsule prostatique adénomateuse volontairement enlevée par voie périnéale afin d'avoir le contrôle de la vue, ainsi qu'une coupe verticale et frontale d'une hypertrophie prostatique d'autopsie faisant voir un adénome net dans la capsule prostatique.

Il en conclut :

« 1° Rien ne prouve que la capsule d'éléments prostatiques refoulés représente toute la prostate.

» 2° Cette capsule peut contenir des adénomes dans sa propre épaisseur.

» 3° Il est impossible de dénier aux adénomes nés en pleine capsule une origine prostatique.

» 4° Ces adénomes ne diffèrent en rien des adénomes qui constituent ordinairement « l'hypertrophie prostatique ».

» 5° L'étude de la capsule, loin de nous donner des arguments en faveur de la théorie juxta-urétrale des adénomes de la prostate, nous démontre au contraire la possibilité de leur origine prostatique. »

4° *Critique des arguments tirés de l'union de l'hypertrophie prostatique avec la partie initiale de l'urètre.* — « Si l'on énuclée l'hypertrophie, comme M. Marion, d'un seul bloc en se tenant loin de l'urètre, on enlève celui-ci en même temps que la tumeur; cela n'a rien que de naturel. »

Il démontre, à l'aide de 14 pièces dans lesquelles la coupe plus ou moins épaisse qui sépare l'urètre de la tumeur contient des glandes prostatiques, que : « L'union de l'hypertrophie prostatique avec l'urètre est loin d'être aussi constante et aussi intime qu'on l'a prétendu. On ne peut pas, en conséquence, tirer parti de l'argument basé sur cette union intime pour défendre la théorie juxta-urétrale. C'était pourtant le quatrième et dernier argument des défenseurs de cette théorie. » Puis il attaque la théorie juxta-urétrale en disant :

« 1° Dans un certain nombre d'hypertrophies prostatiques, on retrouve des glandes non adénomateuses entre la tumeur et la muqueuse urétrale;

» 2° Ces glandes ne peuvent être que des glandes juxta-urétrales;

» 3° Si l'on retrouve les glandes juxta-urétrales entre l'urètre et l'hypertrophie prostatique, ce n'est pas à leurs dépens que celle-ci s'est développée. »

Il en conclut que : « Non seulement la théorie juxta-urétrale n'a pas fait ses preuves, mais qu'il existe des hypertrophies prostatiques auxquelles elle est certainement inapplicable.

» Il est difficile, en s'appuyant sur la description anatomique des glandes juxta-urétrales, d'expliquer la topographie habituelle de l'hypertrophie prostatique. »

Il admet alors que l'hypertrophie prostatique est une agglomération d'adénomes développés en des points divers de la prostate, ce qui explique :

« 1° le moindre développement de l'hypertrophie prostatique en avant de l'urètre;

» 2° l'intégralité du *veru montanum* et de ses gouttières;

» 3° le développement essentiellement latéral de la tumeur. »

b) Nous allons maintenant essayer de démontrer avec M. Chevassu, l'origine de l'hypertrophie prostatique aux dépens de la prostate elle-même.

Il suffit pour cela de prendre des hypertrophies prostatiques au début de leur évolution et à l'autopsie (ce qui permet d'obtenir la prostate tout entière).

M. Chevassu présente l'étude de quatre prostates⁽¹⁾ (avec trois figures schématiques et une microphotographique) :

1° Une coupe verticale et antéro-postérieure (prostate 685) montre deux adénomes et des glandes juxta-urétrales intactes.

2° Une coupe verticale et antro-postérieure (prostate 706) où deux noyaux d'adénomes font saillie à la face postérieure

(1) Voir le travail de M. Chevassu sur « l'origine anatomique de l'hypertrophie prostatique » *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1911, fig. 4, 5, 6 et 7.

de la prostate; ce qui prouve qu'ils ne sont pas nés aux dépens des glandes juxta-urétrales.

3° Une coupe horizontale montre deux adénomes loin de l'urètre presque sous la capsule prostatique.

4° Une coupe horizontale (prostate 686) montre 4 adénomes dont 2 semblent être juxta-urétraux, mais les deux autres sont bien loin et prostatiques.

Le simple examen des figures que présente M. Chevassu dans son ouvrage est une démonstration quasi formelle de la possibilité absolue de la production d'adénomes aux dépens des glandes prostatiques elles-mêmes.

II. — DISCUSSION PATHOGÉNIQUE DE LA POSSIBILITÉ D'UNE « RÉCIDIVE VRAIE » D'ADÉNOME PROSTATIQUE.

a) Si l'on examine histologiquement les différents départements glandulaires de la prostate d'une part et de la région péri-urétrale d'autre part, on s'aperçoit que toutes ces glandes ont exactement la même constitution à tous les points de vue. Nous ne démontrerons pas ici par un parallèle entre les glandes périphériques prostatiques et les glandes juxta-urétrales leur similitude de constitution, car cela est un fait classique et démontré; il suffit de se reporter à n'importe quel manuel d'histologie pour s'en rendre compte.

Cela étant, pourquoi les glandes périphériques ne pourraient-elles pas faire de l'adénome exactement comme les glandes juxta-urétrales?

M. Chevassu n'a-t-il pas écrit : « Toutes les glandes de l'organisme peuvent donner naissance à des adémons, il n'y a pas de raison pour que, au niveau de la prostate, certaines soient susceptibles de réalisations pathologiques dont ne seraient pas capables les autres. J'admets donc parfaitement que, dans l'efflorescence adénomateuse qui constitue l'hypertrophie prostatique, les glandes juxta-urétrales puissent prendre leur part de prolifération. La preuve en est d'autant plus difficile à établir que la délimitation anatomique entre les

glandes prostatiques vraies et les glandes juxta-urétrales est sur bien des points théorique et discutable.

Les adénomes peuvent naître partout dans la glande avec une prédilection vers les régions les plus voisines de l'urètre et de la vessie, où un minimum de résistance et un maximum d'infection favorisent leur développement (ce qui expliquerait la fortune de la théorie juxta-urétrale de Motz et Péréarnau⁹)

Tous les urologues connaissent M. le Professeur agrégé M. Chevassu; tous connaissent sa valeur comme histologiste et anatomo-pathologiste. Il faudrait vraiment de la mauvaise volonté pour ne pas admettre comme lui les arguments qu'il donne avec des preuves aussi évidentes.

b) Non seulement les glandes périphériques de la prostate et les glandes juxta-urétrales ont une même constitution, mais encore, si l'on se rapporte aux manuels d'embryologie, on constate que ces glandes ont la même évolution embryonnaire. Pour cela, on peut se reporter comme précédemment aux traités d'embryologie.

A l'état adulte, il n'existe simplement entre les glandes périphériques de la prostate d'une part et les glandes juxta-urétrales de l'autre qu'une différence de localisation.

c) Le simple examen histologique des pièces retirées à l'opération nous renseignera suffisamment sur sa nature adénomateuse, permettant ainsi de différencier ces tumeurs de toutes les autres quelles qu'elles soient.

Malheureusement, comme l'affirme le Docteur Perrin dans sa thèse (Paris, 1924) il y a de nombreux cas de récives d'adénomes prostatiques qui prêtent à discussion, précisément parce que cet examen histologique n'a pas été fait lors de la deuxième intervention.

« S'ils (les urologues) avaient la certitude que lors de la première opération, l'énucléation avait été totale, la question des récives vraies pourrait se trouver résolue. » (Perrin, in thèse Paris, 1924).

A l'avenir, il sera bon, pour résoudre définitivement ce pro-

blème, de faire des examens histologiques systématiques sur les tumeurs enlevées lors de la deuxième opération.

d) D'aucuns ont prétendu que la prostate, refoulée par le premier adénome, était réduite à l'état de tissu plus ou moins compact, presque entièrement fibreux, ne contenant plus de glandes dans son épaisseur. Ceci est une erreur absolue; nous n'en voulons pour preuves que les nombreuses coupes anato-mo-pathologiques présentées par M. Chevassu dans son travail de 1911. La prostate, quoique refoulée et tassée, conserve encore un certain nombre de glandes périphériques, dont certaines n'ont subi absolument aucune déformation.

e) Peut-on envisager, comme le présente le Docteur Perrin dans sa thèse, la possibilité d'une récurrence de la « maladie prostatique » non pas sur les éléments glandulaires, mais sur les éléments musculaires et fibreux? Ceci nous semble être du domaine des hypothèses et, de plus, être une question qui, si elle existe, n'est pas à la veille d'être résolue.

III. — DISCUSSION CLINIQUE SUR LA POSSIBILITÉ DE PRODUCTION DE NOUVEAUX ADÉNOMES PROSTATIQUES APRÈS PROSTATECTOMIE.

a) Nous supposons, de prime abord, que lors de la première prostatectomie, l'adénome prostatique existant a été enlevé en bloc avec l'urètre coupé sur l'ongle. Par conséquent, les glandes péri ou juxta-urétrales (point de départ classique de la théorie de Motz et Péréarnau) *n'existent plus*. Elles ne sauraient donc de ce fait être susceptibles de donner un nouvel adénome.

b) On peut évidemment soutenir que l'opération a été mal faite, que la loge prostatique ainsi délimitée a été mal nettoyée, qu'il reste des lobules adénomateux qui peuvent être microscopiques et que le second adénome n'est pas une tumeur nouvelle, mais la continuation de l'ancienne, c'est-à-dire une « pseudo-récurrence ».

Mais alors l'opération de Freyer ne présente aucune certitude de guérison, sauf, dans les cas où il ne se présente ni « récurrence vraie », ni « pseudo-récurrence ». Cependant, quand

un urologue consommé *affirme* avoir opéré correctement, pourquoi douter *a priori*? Ce serait avoir une assez triste opinion de nos urologues contemporains.

c) Il est entendu aussi, et cela correspond bien à notre époque moderne, qu'il n'est pas question ici de prostatectomie périnéale, mais de prostatectomie hypogastrique à la Freyer. L'opération par voie périnéale, qui se faisait par morcellements, était bien trop susceptible de donner des « pseudo-récidives ».

d) L'évolution d'un nouvel adénome est de six, huit à douze ans (récidive vraie). Une évolution adénomateuse se produisant en deux ou trois ans n'est pas une récidive vraie. C'est une pseudo-récidive par lobules restants.

Une nouvelle tumeur évoluant en un an a toute les chances pour être un cancer (examen histologique).

e) La reproduction d'adénome typique, comme nous l'entendons, doit se développer avec la même intensité des deux côtés (hypertrophie totale), comme cela s'est passé dans l'observation du Docteur J. Oraison (obs. I).

f) Nous ferons remarquer ici que si les 12 observations que nous présentons n'ont pas une valeur identique, c'est que, d'une part, nos recherches ont été très difficiles et que, d'autre part, l'urologue qui a fait une prostatectomie correcte, n'a malheureusement pas toujours l'occasion de revoir son malade, celui-ci allant chez un autre urologue ou, s'il revient, refusant systématiquement une nouvelle intervention. De même, l'urologue ne peut pour ainsi dire jamais revoir son malade deux à trois mois après sa première intervention, celui-ci étant guéri, ou tout permettant de le croire; il serait cependant intéressant de revoir par un toucher rectal l'état de la prostate à ce moment-là, ainsi qu'a bien voulu nous le dire M. le Docteur Blanc (de Bordeaux).

Quoi qu'il en soit, l'observation typique du Docteur Oraison suffirait à elle seule pour soutenir et défendre notre théorie.

g) Des auteurs comme M. Chevassu prétendent que, le plus

souvent, l'adénome prostatique naîtrait des glandes prostatiques elles-mêmes. Nous estimons sa théorie poussée trop loin; en l'état actuel de nos connaissances et en reconnaissant la valeur relative de la théorie de Motz et Péréarnau, nous sommes obligés d'admettre en partie la théorie juxta-urétrale et les possibilités certaines des « pseudo-récidives ». Les cas de « récidives vraies » sont indubitablement beaucoup plus rares; il n'en est pas moins vrai qu'ils existent.

h) A supposer que la prostate entière ait disparu, comme l'affirment certains auteurs, ou que sa réduction excentrique l'ait réduite à l'état d'une simple coque fibreuse, le malade ne pourrait plus, à l'avenir, uriner correctement, même à l'état de guérison clinique. Nous n'en voulons comme preuves que les expériences de Serallach et de Martin Parès, dans leur ouvrage *La sécrétion interne de la prostate* (*Revista de scientias medicas de Barcelona*, oct. 1911).

Nous pensons avoir démontré de façon suffisante par nos trois séries de discussions (anatomique, pathogénique et clinique) que la production de nouveaux adénomes prostatiques après prostatectomie (récidives vraies) est, non une hypothèse, mais bien une réalité.

CONCLUSIONS

I. — L'existence des « pseudo-récidives » par oubli de lobules restants (continuation du premier adénome) est indubitable; ces cas sont assez fréquents; 98 p. 400 des cas de reproduction de tumeurs bénignes après prostatectomie sont des « pseudo-récidives ».

II. — Il n'en est pas moins vrai qu'il peut naître, dans certains cas, des glandes prostatiques périphériques, elles-mêmes de nouveaux adénomes après une première prostatectomie (le premier adénome étant enlevé en bloc avec l'urètre et les glandes des juxta-urétrales). Evolution en six à douze ans. 2 p. 400 des cas de reproductions des tumeurs bénignes après prostatectomie sont des « récidives vraies ».

III. — Les signes cliniques de ces nouveaux adénomes prostatiques après prostatectomie sont ceux, classiques, de l'adénome prostatique.

IV. — Ils sont justiciables de la prostatectomie par voie hypogastrique (opération de Fuller-Freyer).

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Prostatectomie périnéale. Résultats éloignés. Assoc. franç. d'urol., VII^e session, 1903.
- ANDRÉ (P.). — Des prétendues récidives après la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1906, Paris, XXIV, p. 980-984.
- Résultats éloignés des prostatectomies. XX^e Congrès franç. d'urol., Paris, 1920.
- Rétrécissement de l'urètre après la prostatectomie. *Journ. d'urol. méd.-chir.*, mai 1926.
- ANDRÉ et GRANDINEAU. — Résultats éloignés des prostatectomies. *Rev. méd. de l'Est*, 1921.
- BARLING (G.). — Prostatectomy performed twice in the same patient the second time with complete success. *The Lancet*, London, 1893, I, p. 1385.
- BONNEAU et RUBENS-DUVAL. — Adénome et épithéliome successifs de la prostate. *Arch. des mal. des reins*, août 1929, p. 169.
- BASTOS (Henrique). — Late results of prostatectomy. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- BLUM (V.). — Relapses after prostatectomy. *The urologic and cutaneous review*, XXIV, 1920, Saint-Louis, p. 247-252.
- Rezidive einer Prostata hypertrophie nach der Prostatektomie. *Wien. med. wochenschr.*, 1920, LXX, p. 2030.
- BRONGERSMA. — The ultimate results of prostatectomy. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
- BRATÈSE et BOULET. — Action d'extrait de prostate humaine. *C. R. hebdomadaire des séances de la Soc. d'urol.*, janv. 1913.
- BRYAN (W. A.). — Recurrence of the benign prostate. *Tr. South. surg. Assoc.*, 1921, Philad., 1922, XXIV, p. 562-566; Discussion, p. 591-597.

- CHEVALIER. — De la prostatite restante; complication de la prostatectomie sus-pubienne pour adénome. Thèse Lyon, 1914.
- CHEVASSU (M.). — Origine anatomique de l'hypertrophie prostatique. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, nov. 1911, p. 637 672.
- XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1929.
- CHOMEREAU-LAMOTTE. — Contribution à l'étude des pseudo-récidives de l'adénome prostatique. Thèse Bordeaux, 1927.
- XX^e et XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920 et 1929.
- II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- CROWELL (Andrew). — The results of prostatectomy at the present time. *The urologic and cutaneous review*, août 1919.
- CUNÉO. — Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique. Travaux de chirurgie anatomo-clinique, voies urinaires (Hartmann).
- DELBET (Paul). — Résultats éloignés des prostatectomies. XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
- DENSLOW (F. M.). — Recurrence of urinary obstruction after prostatectomy. *J. Ann. méd. Assoc.*, 1918, LXX, p. 441.
- DUCOURDET. — Résultats médicaux de la prostatectomie. Thèse Paris, 1912.
- DUVERGEY. — Société anatomo-clinique de Bordeaux, mai 1924.
- Discussion du XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1929.
- Discussion du XXXI^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1931.
- DUTOY et BOULET. — Action des extraits de prostate sur l'organisme. *C. R. hebd. des séances de la Soc. d'urol.*, 10 mai 1912.
- ESCAT. — Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. Assoc. franç. d'urol., VIII^e session, Paris, 1904.
- Suites éloignées des prostatectomies. XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
- FENWICK (Hurry). — Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.

- FREUDENBERG. (A.). — Wie entstehen die Rezidive der Prostatahypertrophie nach der suprapubischen Prostataektomie. *Zeitschr. f. urol. chir.*, Berlin, 1924, XXI, p. 206-212.
- Quelques observations sur la prostatectomie et la régénération de la prostate après la prostatectomie transvésicale. *Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, XXXV^e Congrès et Ann. de la polyclinique de Bruxelles, fév. 1907.
- FULLERTON. — Results of prostatectomy. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911, p. 438.
- GAUTHIER. — Résultats éloignés de la prostatectomie. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- GAYET. — Résultats éloignés de la prostatectomie. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1929.
- GONZALÈS. — Résultats éloignés de la prostatectomie. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- GREGORA (Hans V.). — *Zeitschr. f. Urol.*, Prague, t. XXII, p. 929-936.
- GUISY (B.). — Résultats éloignés de la prostatectomie. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- HARTMANN. — Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique (adénomyome péri-urétral). *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXXVII, fév. 1911.
- HERESCO. — Résultats éloignés de la prostatectomie. II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- HOGGE. — XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1929.
- KÉHAYOGLOU. — Les résultats éloignés de la prostatectomie. Thèse Montpellier, 1912.
- LEGUEU. — II^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
- XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
- *Traité chirurgical d'urologie*, p. 1283.
- LOUMEAU (E.). — Sur la réapparition de l'hypertrophie prostatique après prostatectomie. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 15 sept. 1912, XXXII, p. 407-439.
- LE FUR. — XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.

LE FUR. — A propos des récidives d'adénomes de la prostate. *Rev. gén. de clin. et de théér.*, 26 juill. 1930, p. 1834.

— XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1929.

LUMPERT (E.). — Zur frage der rezidivierenden Prostathypertrophie nach pr. Prostatektomie. *Cor. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, Basel, 1911, XLI, p. 99-102.

MAC GILL. — Hypertrophy of the prostate and its relief by operation. *The Lancet, London*, 1888, p. 202.

MAILLE. — Récidive vraie d'adénome prostatique. XXXI^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1931.

MARION. — XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
— Traité d'urologie.

— *Zeitschrift für Urologie*, Band V; Adites Heft, p. 678-693, avec 15 fig.

MARQUIS. — Origine de l'hypertrophie de la prostate. *Revue de chirurgie*, t. XLII, n^o 6, p. 1137, déc. 1910.

MOTZ. — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.

MOTZ et PÉREARNAU. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1905, p. 1521-1548, avec 48 fig.

NOGUÈS. — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.

— XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.

ORAISSON (J.). — XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.

— Les étapes et les limites de la prostatectomie transvésicale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922.

— Sur un cas de récidive vraie d'adénome de la prostate. XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 8-12 oct. 1929.

PAPIN. — Résultats éloignés de la prostatectomie. XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.

— XXIX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1929.

PAPIN et VERLIAC. — *Archives urologiques de Necker*, t. II, n^o 4, Paris, 1920.

PASTEAU (O.). — Résultats éloignés des différentes méthodes d'opération contre l'hypertrophie de la prostate. Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., 1919, Paris.

- PASTEAU (O.). — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- PAUCHET (V.). — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- PERRIN (Jean). — Résultats éloignés de la prostatectomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate. Thèse Paris, 1924.
- POLKEY (H.). — Résultats tardifs incomplets après la prostatectomie sus-pubienne. *The urologic and cutaneous review*, 1926.
- POUSSON. — *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 15 février 1907.
- XX^e Congrès de l'Assoc. franç. d'urol., Paris, 1920.
- Résultats éloignés des différentes méthodes opératoires de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. *Presse médicale*, Paris, 1920.
- PROUST. — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- SALVINI (P.). — Résultats immédiats et éloignés de la prostatectomie sus-pubienne chez 180 malades opérés de 1921 à 1924. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1925, Paris.
- SELLEI (J.). — Recherche sur la prostatocystotomie. *Zeitung f. urol.*, fév. 1912.
- SERRALLACH. — La prostatectomie et la reproduction de l'hypertrophie de la prostate. *Hojas urologicas*, 1921, n^o 9.
- SERRALLACH et PARÈS. — *Ann. des mal. des organes génito-urinaires* (Expériences sur la sécrétion interne de la prostate). La sécrétion interne de la prostate. *Revista de ciencias medicas de Barcelona*, oct. 1911.
- Greffe de la prostate. Injections de prostatine et leur influence sur les glandes sexuelles. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, mars 1909.
- AKIRA TAKAHASHI. — *Journal d'urologie*, 1927, t. I, p. 414-416.
- WARD (B. J.). — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
- ZUCKERKANDL. — II^e Congrès de l'Assoc. internat. d'urol., Londres, 1911.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	13
I. — INTRODUCTION.....	16
A. — Situation du problème....	16
B. — Historique.....	17
C. — Classification des principaux auteurs qui se sont occupés de cette question.....	22
II. — PRÉSENTATION DE 12 OBSERVATIONS.....	23
III. — DISCUSSION DU PROBLÈME.....	34
A. — Arguments opposés à notre théorie.....	35
B. — Arguments qui militent en faveur de notre théorie...	38
1 ^o Discussion anatomique.....	38
2 ^o Discussion pathogénique.....	42
3 ^o Discussion clinique.....	44
CONCLUSIONS.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	49

